

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N^o
386

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Vidosava YANKOVITCH

Née à Chabatz (Serbie) le 28 Juin 1895

A PROPOS

D'UN CAS DE

VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

388

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Vidosava YANKOVITCH

Née à Chabatz (Serbie) le 28 Juin 1895

A PROPOS

D'UN CAS DE

VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

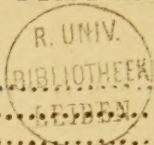
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

I. — PROFESSEURS



	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEY.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 AGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment^{le}.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT.... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNÉ..... Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologique.
LÆPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MON PARRAIN ET TUTEUR

MONSIEUR SCHKORITCH, AVOCAT, ANCIEN DÉPUTÉ.

A MON BEAU-FRERE

MONSIEUR KOMADINITCH, COMMERÇANT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANTUEJOUL
CHEF DE CLINIQUE A LA CLINIQUE TARNIER.

*Qui nous a guidé avec la plus
grande bonté au cours de ce travail.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU,

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider cette
thèse, qu'il nous a inspirée, témoi-
gnage de ma vive gratitude et de
mon profond respect.*

A PROPOS

D'UN CAS DE

VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE

Les vomissements incoercibles constituent une maladie bien connue. L'étude de ces vomissements est surtout due à Paul Dubois, et sa division de leur évolution en trois périodes reste toujours exacte.

Pour ces auteurs, il existe : *a*) une première période d'amaigrissement ; *b*) une deuxième période, dite fébrile, caractérisée par l'accélération du pouls, qui, avant l'emploi du thermomètre, indiquait seul la fièvre ; *c*) une troisième période, dite de phénomènes nerveux.

Première période : Les vomissements bénins au début, peuvent devenir progressivement de plus en plus fréquents et acquérir insensiblement, un caractère de gravité. Survenant d'abord le matin à jeun, ils suivent bientôt toutes les ingestions alimentaires, soit immédiatement, soit au bout d'un temps plus ou moins long. Les aliments faisant vite défaut, la malade rejette des mucosités et de la salive déglutie, plus tard, les vomissements deviennent bilieux et quelquefois sanguinolents.

L'état nauséux étant continu, l'appétence devient vite complète.

Les femmes souffrent dans les intervalles des vomissements, d'une sensation de brûlures au creux épigastrique.

On observe en même temps du ptyalisme, les malades rejetant de grandes quantités de salive qui peuvent dépasser 1 litre et plus, par 24 heures. Le défaut d'alimentation qui résulte de ces phénomènes, entraîne chez la femme, un état d'inanition et de déshydratation. Les urines sont très rares et foncées, elles contiennent fréquemment un peu d'albumine. L'amaigrissement et l'asthénie sont progressifs. Le pouls est normal, il bat au-dessous de 100 pulsations par minute. La température est normale. Cette période dure plus ou moins longtemps, et peut se terminer par la guérison. Mais si les vomissements persistent, on voit apparaître une accélération du pouls, qui caractérise la seconde période.

Deuxième période, dite fébrile : Elle est caractérisée par la modification du pouls qui devient petit, arythmique, accéléré, ayant 100, 120 pulsations par minute. La tension artérielle est basse.

La température est normale. La dissociation entre le pouls qui s'accélère et la température qui reste peu élevée est d'un pronostic sombre (Pinard).

Les vomissements, de plus en plus fréquents, sont douloureux, l'intolérance gastrique est absolue. Le ptyalisme est toujours abondant. La soif est vive, l'haleine est fétide, la bouche sèche, les dents recouvertes de fuliginosités. L'oligurie très marquée, signe d'une déshydratation considérable, est un élément important de pronostic. La constipation déjà observée à la première période, devient absolue. L'amaigrissement, l'inanition sont intenses, la femme est alitée. La peau est sèche, rugueuse, les yeux

excavés, les facies sont subictériques. La malade ne dort pas, s'agite, elle présente une dyspnée *sine materia*.

L'examen du sang révèle :

La viscosité augmentée, des globules rouges par cc. 8 ou 9.000.000. Cette période ne dépasse pas, en général, quinze jours. Elle peut-être beaucoup plus courte.

Troisième période, dite des phénomènes nerveux.

Cette période arrive d'une façon insidieuse et souvent rapide. Elle est caractérisée par l'apparition de délire, d'hallucinations, par des signes de névrites, polynévrites, névralgies diverses. Les vomissements cessent, pouvant faire croire à une amélioration, alors que le pronostic est fatal. L'état général est mauvais, le pouls bat à 140 par minute. Cette période dure rarement plus d'une semaine et se termine par la mort.

Complications : Les principales sont le muguet, la stomatite ulcéreuse. Parfois on observe une infection générale à colibacille ou à pneumocoque. D'autre fois, on voit apparaître l'ictère grave. Les troubles nerveux qui peuvent persister ou apparaître après la guérison sont : a) polynévrites; b) troubles psychiques.

L'évolution est très variable, on observe souvent des rémissions plus ou moins complètes. La guérison peut survenir à toutes les trois périodes, brusquement par émotion, changement de milieu, par mort du fœtus.

Une autre fois, l'évolution est très rapide, et surtout la durée de la deuxième période peut être très courte, la

maladie s'aggrave subitement et l'intervention doit être pratiquée d'urgence.

Causes et traitement. — La pathogénie des vomissements incoercibles a été très discutée. L'ignorance des causes a conduit aux thérapeutiques les plus diverses.

I. *Lésions gastriques.* — On a pensé que les vomissements incoercibles peuvent avoir pour cause une *maladie de l'estomac*.

D'après LEVEN, il existe trois causes :

- 1° dyspepsie créée ou aggravée par la grossesse;
- 2° ptose gastrique;
- 3° aérophagie déterminée par la salivation.

Selon WALLICHE, les régimes les plus sévères ne modifient souvent pas l'évolution. La ptose n'est pas constante chez les femmes enceintes atteintes de vomissements graves, et ceux-ci ne cèdent pas au décubitus dorsal.

LORA CRUZ a constaté qu'il y a souvent augmentation de l'Hcl. libre et on a cru pouvoir attacher les vomissements incoercibles à l'hyperchlorydrie.

II. *Lésions de l'appareil génital.* — On a pensé voir dans ces vomissements l'expression réflexe d'une irritation au *point de départ utérin* ou para-utérin :

- 1° Déviation utérine; antéversion et surtout rétroversion;
- 2° Sclérose, rigidité, ulcération du col;
- 3° Kyste d'ovaire;
- 4° Paramétrite;
- 5° Môle hydatiforme.

En réduisant un utérus rétroversé on a vu les vomis-

sements cesser. Mais le plus souvent on ne peut mettre en évidence aucune lésion utérine ou para-utérine.

III. *Origine toxique.* — PINARD a dit : « Pendant la gestation, les femmes qui vomissent sont des femmes intoxiquées. Il n'y a pas deux sortes de vomissements. Le vomissement est le premier symptôme apparent d'une intoxication ». Il pense que les vomissements incoercibles sont dûs à une *hépto-toxémie gravidique*.

CRAINCIANI et POPER ont constaté une *réten tion des sels biliaires* chez 20 % des femmes enceintes, mais en cas de vomissements, cette rétention biliaire est beaucoup plus marquée. Les mêmes auteurs ont trouvé 33 % d'*hémoclasie digestive* nettement positive, ce qui indique pour eux l'hépatisme latent.

COUINAUD, CLOGNE, DIDIER, PHILIPPE ont montré aussi que l'*hémoclasie digestive* est manifestement positive dans les cas de vomissements incoercibles.

LE LORIER : Il lui semble qu'il y avait une corrélation très étroite entre l'intensité de la réaction colorée par perchlorure de fer traduisant l'*acétose* et la gravité de vomissements incoercibles : « Etant donné que l'acidose apparaît avec intensité au cours des vomissements graves il n'est pas illogique de supposer que les *injections intraveineuses alcalines d'eau contenant 8 % de carbonate de soude* pourraient être employées comme adjuvant dans le traitement des vomissements graves, parallèlement à la *thérapeutique spécifique par le sérum de femme enceinte* dont l'emploi n'exclut nullement celui des autres médications ».

LABBÉ, HUTINEL et NEPVEUX apportent un cas de vomissements gravidiques *avec acidose*, terminé par la mort et dans lequel l'insuffisance hépatique fut constatée fonctionnellement et anatomiquement.

LEQUEUX : « Il existe l'abaissement de pouvoir glycolytique du sang et chaque fois que la limite de la glycolyse sera inférieure à un gramme par kilogramme corporel on devra considérer le pronostic très grave et on devra intervenir pour interrompre la grossesse ».

SERGENT et LIAN pensent que « dans certains cas les vomissements incoercibles sont la conséquence de *l'insuffisance surrénale* et que par suite, l'opothérapie surrénale est susceptible en pareille circonstance de favoriser ou de produire leur disparition ».

LIAN a rapporté plusieurs cas où les vomissements s'accompagnent des symptômes d'insuffisance surrénale : asthénie, douleurs lombaires, hypotension.

RATHERY emploie l'adrénaline avec bons résultats et il dit que :

« 1° L'adrénaline constitue un excellent médicament dans un certain nombre de cas de vomissements incoercibles gravidiques graves ».

On peut l'employer de la façon suivante : 1 milligramme dans 250 centimètres cubes de sérum physiologique pour les injections sous-cutanées; soit en ingestion, 1 à 2 milligramme; soit en lavement, 1 milligramme. Dose quotidienne : 2 milligrammes par jour, pendant 7 à 8 jours. L'effet thérapeutique est rapide, la cessation des vomissements s'est faite en 24 ou 48 heures. L'acidose disparaît

au bout de trois ou quatre jours. L'adrénaline n'a aucun effet sur la pression artérielle.

CATHALA et BIANCANI citent un cas de vomissements incoercibles avec acidose où l'échec de traitement hydro-carboné, adrénaliné est complet.

On a souvent incriminé *l'insuffisance ovarienne* comme cause des vomissements graves de la grossesse. D'autre part on a rapporté des résultats favorables de l'opothérapie ovarienne.

PINARD pense : que « le corps jaune, cette glande plus volumineuse que l'hypophyse, doit jouer dans les vomissements incoercibles de la grossesse un rôle capital.

POTTER cite dans sa thèse quatre cas de vomissements incoercibles terminés par la mort. A l'autopsie cet auteur a trouvé : *a)* dans deux cas : des kystes de corps jaune qui comprimaient le tissu lutéinique; *b)* dans le troisième cas il a trouvé une apoplexie plus intense au niveau du corps jaune; *c)* dans le quatrième cas l'ovaire et le corps jaune étaient petits et scléreux. A l'examen hystologique on a noté une dégénérescence, une cytolysé et une régression de la cellule à lutéine.

FIEUX et MAURIAC pensent que le corps jaune est chargé de neutraliser les effets de la toxémie villeuse au début de la grossesse.

Le mode de traitement des vomissements de la grossesse par opothérapie ovarienne a été étudié surtout par HIRST. Il traite les vomissements par injection intramusculaire ou intraveineuse. Les doses varient suivant les cas. Dans les cas graves l'injection de deux centimètres cubes est répétée tous les jours, et dans les cas moyens, tous les

deux jours. D'après Hirst chaque malade doit recevoir au moins 12 centimètres cubes; à défaut d'un traitement suffisamment prolongé, les rechutes sont fréquentes.

On a cru pouvoir attribuer l'origine des vomissements incoercibles à l'intoxication de l'organisme maternel *par l'œuf*.

FIEUX et MAURIAC ont pensé qu'il existe au début de la grossesse une *toxémie virulente* déterminant dans le sang de la femme enceinte l'apparition d'un anticorps spécifique. La femme qui vomit serait une femme insuffisamment immunisée. On a obtenu quelques résultats inconstants mais efficaces chez les femmes atteintes de vomissements graves par des injections de sérum de femme enceinte normale.

FIEUX et DANTIN citent une amélioration nette au cours des vomissements, obtenue par deux injections du sérum de femme enceinte, portant sur les symptômes essentiels : vomissements, pouls, urines. *Dose* : 12 centimètres cubes par injection.

Au point de vue pathogénique et thérapeutique il y a une pathogénie qui est depuis longtemps discutée : c'est *le rôle du système nerveux*. Cela ne veut pas dire que le système nerveux joue un rôle unique, mais un rôle très important; ce qui, au point de vue thérapeutique, conduit à traiter le système nerveux. Ce traitement, à condition qu'il ne soit pas appliqué trop tardivement donne des résultats parfaits. On prescrira le repos au lit et l'isole-

ment de la malade. Mais le traitement du système nerveux n'est pas suffisant, il faut traiter encore deux ordres des symptômes :

Premier ordre des symptômes ayant une base organique :

- a) auto-intoxication par constipation;
- b) rétroversion utérine;
- c) sensibilité du col.

Deuxième ordre des symptômes :

Symptômes secondaires aux vomissements : déshydratation, amaigrissement, acidose.

On traitera la constipation par évacuation de l'intestin; on pourra réduire un utérus rétroversé; cautériser un col ulcéré et sensible. Il faut réhydrater la malade par des injections de sérum physiologique sous-cutanées, le goutte à goutte rectal, avec des solutions salées ou glycosées. Le tubage duodénal semble être un traitement de choix pour les formes graves.

Comme type de vomissements incoercibles, nous allons citer un cas de pathogénie nerveuse qui, traité tardivement, une première fois il en est résulté l'avortement; traité à temps une deuxième fois, on a obtenu la guérison.

Observation :

Mme N..., âgée de 28 ans. Dans son enfance elle a eu : la rougeole à 8 ans; la pleurésie à 10 ans avec épanchement du côté droit; la scarlatine à 14 ans, compliquée de diphtérie et d'une néphrite albumineuse.

Elle a eu une première attaque de paludisme à 19 ans;

la grippe à 20 ans, et à l'âge de 27 ans, une seconde fois en septembre 1922 elle présentait une nouvelle attaque de paludisme grave, qui dura 13 jours sans interruption, accompagné de collapsus, d'algidité, d'une augmentation douloureuse du foie et de la rate. Mais le phénomène dominant fut la fréquence des vomissements suivis d'une intolérance gastrique absolue. Le médecin qui a soigné la malade se vit obligé de la nourrir par la voie rectale. La gravité de l'état général, la fréquence des vomissements, la rapidité et la petitesse de pouls, ont fait soupçonner au médecin traitant la possibilité d'une grossesse compliquée de vomissements incoercibles, mais l'apparition des règles, dès le troisième jour de la maladie a fait écarter cette hypothèse.

Deux mois après, la malade se marie et fait un avortement d'un œuf clair, âgé d'un mois environ.

Le 8 août 1923, la malade vient consulter à la clinique Tarnier pour un retard de règles de 8 jours, en même temps elle se sent très fatiguée, incommodée par la chaleur. Elle se plaint d'une douleur du côté gauche au-dessus de l'arcade pubienne et craint surtout la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Elle présente des vomissements qui survenaient d'abord le matin à jeun, étaient aqueux et acides; au bout de trois ou quatre jours ces vomissements sont devenus plus fréquents, la malade commence à vomir son repas de midi, soit tout de suite en se levant de table, soit au bout d'une, deux ou trois heures. Malgré des nausées et de la salivation abondante, la malade arrive à garder ses repas du matin et du soir et l'appétit reste bon.

Depuis plusieurs mois la malade se plaint d'une constipation opiniâtre.

Après avoir examiné la malade on lui dit qu'elle est probablement enceinte, mais qu'elle n'a pas une grossesse extra-utérine, on lui conseille de ne pas se fatiguer, de se purger en prenant de l'huile de ricin jusqu'à effet et de le répéter chaque jour à dose laxative : une ou deux cuillerées à soupe. Comme alimentation on lui recommande le régime lacto-végétarien, par des repas petits et répétés, avec permission au bout de quelques jours de reprendre une alimentation normale.

La malade s'en va rassurée, elle suit exactement toutes les recommandations, mais elle a continué à vomir de plus en plus fréquemment à tous les repas et même en dehors des repas. Les vomissements sont précédés d'une contraction très douloureuse au niveau du creux épigastrique. La salivation devient plus abondante, se continuant la nuit, empêche la malade de dormir. L'appétit est diminué, la malade à un dégoût prononcé pour tous les aliments solides, surtout la viande. La mastication provoque des nausées et la déglutition devient pénible. La malade se sent très énervée, ne pouvant pas supporter le moindre bruit, la conversation, la lumière, le moindre contact lui donnent des nausées et une contracture violente de l'estomac.

Vers le 15 août, la malade très fatiguée est obligée de s'aliter, son pouls est à ce moment de 100-120 pulsations par minute, les urines se font rares et albumineuses. Le 19 août la malade est mise à la diète hydrique pendant 24 heures. Elle ne prend que de l'eau de Vals glacée par petites gorgées. D'abord difficilement elle arrive au bout

de quelques heures à garder le liquide absorbé. Elle prend du lait et des soupes aux légumes, garde mieux ses repas et le lendemain, l'appétit est revenu. Se sentant mieux et ayant une envie forte de changer de milieu, la malade se décide à passer quelques jours chez son oncle, également à Paris.

Avec ce changement son état s'améliore subitement et de telle façon qu'au bout de deux jours, elle peut manger et garde tous ses aliments. Il est intéressant de noter que le premier repas bien toléré fut un plat de haricots blancs et de la salade verte.

La malade se sent tout à fait bien, vaque à ses occupations. Toutefois elle a encore quelques vomissements aqueux, mais elle garde tous ses repas, malgré des nausées et de la salivation, d'ailleurs très diminuée. Le pouls est redevenu normal, la malade dort beaucoup mieux.

Au bout d'une semaine elle retourne tout à fait rétablie chez elle. Alors, sans période de transition, deux jours plus tard elle est prise de vomissements incessants, bilieux et acides, accompagnés de brûlures au creux épigastrique, de dégoût profond pour tous les aliments, même pour les liquides, malgré une soif intense; la seule vue ou l'odeur des aliments lui provoquent des contractions gastriques douloureuses et des vomissements. Son pouls s'élève brusquement à 90-100 pulsations par minute et ses urines deviennent très rares. La malade très agitée ne dormant pas, est obligée de s'aliter. A ce moment son poids est descendu de 68 à 63 kilogrammes. La malade mesure 164 centimètres de hauteur. Voyant que son état

s'aggrave de jour en jour, la malade se décide d'entrer à l'hôpital le 8 septembre.

Monsieur le professeur BRINDEAU l'examine à son entrée : Son pouls est à 120 pulsations par minute, son poids est descendu de 63 à 61 kilogrammes en huit jours. Au total, la malade a maigri de 7 kilogrammes en un mois.

A son entrée, on isole la malade dans une chambre, on la met à la diète hydrique, on lui administre un lavement purgatif, suivi de lavement alimentaire, un goutte à goutte rectal de sérum glycosé : 1 litre; des compresses chaudes sur le creux épigastrique. La nuit est mauvaise, la malade ne dort pas du tout, les vomissements et la salivation persistent. Cependant le pouls reste à environ 80 pulsations par minute. Vers minuit, on fait une injection d'un quart cc. de morphine et on la répète deux heures plus tard. Sous l'influence de la morphine, les vomissements cessent, la douleur disparaît et la malade s'endort. Le lendemain, on ne constate aucune amélioration dans l'état général. Les vomissements de plus en plus fréquents, sont très douloureux, le ptyalisme est toujours abondant et dépasse 1 litre par jour. La soif est vive, la langue est saburrale et sèche, les dents couvertes de fuliginosités, l'haleine a une odeur diacétique. On remarque une légère subictère des conjonctives; les urines sont très rares, foncées, leur quantité ne dépasse pas 300 gr. en 24 heures. La température reste normale entre 37° et 37°5.

Le pouls a 82-84 pulsations par minute. La malade reçoit par injection, ce jour encore, 1 litre 1/2 de sérum glycosé. L'insomnie et l'agitation nécessitent de nouveau, le soir, l'injection d'un quart de c.c. de morphine toutes

les deux heures. Pendant deux jours, cet état reste sans changement appréciable. On mesure les ingestas et les excréta, et on trouve que le chiffre d'excréta est supérieur à celui des ingestas. L'examen du sang montre par mm³ : globules rouges 5.840.000, globules blancs 40.000. globine.

Le quatrième jour, le pouls s'élève brusquement de 120-140 pulsations par minute, l'état général reste grave, ce qui décide Monsieur le professeur Brindeau à intervenir. Avant l'intervention, on a fait une prise du sang au pli du coude de 10 c.c. environ. Le sérum est jaune, foncé, contient peut-être de la bile. 24 heures plus tard on fait : a) une injection intra-cardiaque de 2 c.c. de ce sérum à un cobay, pesant 350 grammes. La première injection sitôt faite, il tombe, il est secoué de temps en temps (toutes les minutes), de secousses tétaniformes, dyspnée intense. Il meurt au bout de cinq minutes. *Autopsie* : intestins très congestionnés. Rien d'autre comme lésion ; b) deuxième injection intra-cardiaque de 2 c.c. de sérum, chauffé à 56° pendant 1 heure faite à un cobay pesant 350 grammes. Le cobay présente quelques frissonnements, mais pas de malaise.

L'avortement thérapeutique est fait le 12 septembre à 11 heures. La femme est endormie à l'éther, la dilatation du col est faite avec des bougies de Hagar, et l'extraction de l'œuf, par curage digital. Au réveil, la malade vomit fréquemment, elle est agitée; vers 16 heures, son pouls est à 165 pulsations par minute. La nuit, elle n'a pas dormi.

Le lendemain, la malade est plus calme, mais les vomissements persistent, toutefois, ils sont moins fréquents,

la malade garde deux repas, composés de bouillon de légumes et du lait. Son pouls est à 112 pulsations, la température à 37°.

Les jours suivants, la malade vomit la nuit, mais de moins en moins fréquemment; cependant, la salivation persiste.

Le 17 septembre, les vomissements et la salivation cessent, et la femme s'alimente très bien. Son pouls a 84 pulsations.

Le 21 septembre, elle sort guérie. Pendant quatre mois, elle se porte bien, elle augmente de poids. Au mois de décembre, elle à 64 kgr. au lieu de 61 kgr. qu'elle avait à son entrée dans le service.

Le 9 février 1924, la malade revient de nouveau à la clinique, avec un retard de règles de 18 jours. Depuis 12 jours, la malade présente des brûlures de regurgitations acides, elle se fatigue facilement, mais ne vomit que depuis 55 jours. Les premiers vomissements sont survenus vers minuit en rentrant du théâtre.

Dès le second jour, les vomissements sont devenus très fréquents, acides, accompagnés toujours de contractions douloureuses de l'estomac. La salivation est dès le commencement très abondante. Très inquiète, la malade s'alite, craignant que les vomissements ne prennent l'allure grave de la première fois. Elle se met au régime lacto-végétarien et s'administre un lavement purgatif. Tout cela n'aide guère, la malade perd complètement l'appétit, elle a le dégoût de tous les aliments. En plus, elle ne dort plus du tout, étant extrêmement agitée et inquiète.

L'amaigrissement est rapide, elle perd 4 kgr. en 5 jours,

le pouls monte à 90-100 pulsations par minute; la température reste normale.

M. LANTUÉJOL, chef de clinique, l'examine et pense que c'est le commencement d'une grossesse, il lui conseille d'entrer de suite dans le service. On l'isole de nouveau dans une chambre bien aérée, dans la demi-obscurité, on lui interdit toutes les visites, même celle de son mari. Le soir même, on essaye de la purger avec de l'huile de ricin, mais sans résultat, la malade ne pouvant pas garder la purge malgré ses efforts et les doses répétées. On lui administre alors un lavement évacuateur, suivi d'un lavement alimentaire et une injection sous-cutanée de sérum glycosé : en tout, 1 litre 1/2. On lui pose une vessie de glace sur le creux épigastrique. La malade est très agitée la première nuit, les vomissements sont très fréquents, mais c'est surtout de l'insomnie que la malade se plaint.

Le lendemain, 10 février, la malade est très fatiguée, mais elle vomit moins fréquemment. Son pouls oscille entre 85 et 100 pulsations par minute.

Vers midi, on lui donne la même dose de sérum glycosé précédée d'un lavement purgatif au séné. A 3 heures de l'après-midi, on lui donne une bouillie de farine épaisse et bien sucrée. La malade peut manger et garder cet aliment, mais seulement avec de grands efforts, parce qu'elle a souvent des contractures gastriques douloureuses et fortes. Suivant le conseil de M. le chef de clinique, la malade a pu éviter souvent les vomissements en faisant, au moment des nausées, des respirations profondes et répétées. Pendant les contractions gastriques, tout mouvement lui fut interdit, même celui de se mettre sur le

côté, et en cas de vomissement, on lui attachait une alèze autour du cou. La nuit suivante il lui est de nouveau impossible de dormir, elle est agitée. Mais le troisième jour au matin, la malade se sent déjà mieux; ce jour là, elle absorbe 3 bouillies par petites prises et elle garde presque en totalité, ses repas. Son pouls est normal, ses urines claires, leur quantité est d'un litre, c'est seulement le soir venu qu'elle commence à s'inquiéter, agacée par le moindre bruit. La nuit est aussi mauvaise que la précédente pour la malade. Des cauchemars, des vomissements, et la salivation ne lui laissent aucun repos. Mais les jours suivants, la malade se sent beaucoup mieux, surtout le matin; elle mange et garde ses repas, qui sont petits, répétés, composés de bouillon de légumes, quelques fruits cuits et de bouillies farineuses. Vers le soir, la malade est accablée d'une nervosité intolérable.

Tous ces phénomènes s'atténuent progressivement, la malade passe très bien ses journées, l'appétit revient, les vomissements s'espacent, deviennent moins douloureux, la salivation diminue, le pouls est toujours bon, les urines claires et abondantes dépassant 1 litre 1/2 en 24 heures.

Le 5^e jour, l'état de la malade étant très satisfaisant, on lui permet de courtes visites et une alimentation ordinaire. Elle a très grand appétit et digère tout. La malade reste à la clinique encore 5 à 6 jours, et sort guérie le 20 février. Elle va passer 15 jours à la campagne. Mais là-bas, les vomissements réapparaissent au bout de deux jours. La malade s'énerve facilement, ne pouvant supporter ni la conversation ni le bruit. Elle a des vomissements vers le soir, survenant, soit avant le repas, (la ma-

lade étant incommodée par l'odeur de la cuisine), soit après les repas survenant alors vers minuit. A plusieurs reprises, les vomissements ont pu être évités par des respirations profondes, au moment des nausées. Cet état reste stationnaire pendant 15 jours et la malade maigrit encore d'un kilog. Le sommeil et l'appétit restent bons, entretenus par des petites promenades quotidiennes. Elle se décide alors à rentrer à Paris. Très vite, elle cesse de vomir, dort mieux, peut vaquer à ses occupations, et sauf quelques brûlures à jeun et de la salivation qui persiste pendant deux mois encore, la malade se porte bien, et voit sa deuxième grossesse continuer normalement.

En résumé : Cette observation nous montre la part évidente du rôle joué par le système nerveux chez une personne constipée avec des antécédents de paludisme grave, compliqué des vomissements incoercibles non gravidiques.

Cette excitabilité du système nerveux n'a pas de rapport avec des femmes simulatrices, se voulant faire avorter, ni avec les hystériques présentant des crises.

Cette observation semble entrer dans le cadre dû à l'hyperexcitabilité du système nerveux, guéri par isolement et traitement symptomatique de déshydratation.

CONCLUSION

Les vomissements incoercibles de la grossesse sont tout à fait comparables aux vomissements incoercibles qui peuvent apparaître en dehors de toutes grossesses, à l'occasion de circonstances très différentes, dans le cas apporté : crise de paludisme.

Les vomissements sont dûs, certainement, pour une

grande part tout au moins, à l'état spécial du système nerveux.

Le traitement principal consiste dans le traitement de cet état nerveux, et sans perdre son temps à chercher à appliquer le traitement secondaire, il faut commencer par isoler la malade, toute psychothérapie étant impossible sans isolement.

Le traitement annexe consiste à :

1° Un traitement symptomatique dirigé contre un trouble possible dans l'évolution de la grossesse; la constipation, les lésions utérines.

2° Un traitement symptomatique dirigé contre les conséquences de vomissements : la déshydratation.

Ces traitements symptomatiques ne doivent pas faire oublier le traitement principal : *l'isolement*.

Toute cette thérapeutique ne peut réussir que si elle est appliquée à temps, car on sait que le passage entre la deuxième et la troisième période de Paul Dubois, peut être extrêmement rapide.

La femme peut être en danger de mort en quelques heures; on peut alors être obligé de pratiquer l'avortement thérapeutique.

Il est permis de dire que les indications de ces avortements deviendront extrêmement rares quand on isolera très précocement les femmes.

Vu : le doyen,
ROGER

Vu : le Président de la Thèse,
BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

